FFvolley

1- Autorisation parentale - **BEACH VOLLEYADES –** 2024

Equipe de : Ligue ☐ Comité ☐ Club ☐

Nom : …….

Catégorie* : Féminin ☐ Masculin ☐

ACCOMPAGNATEUR ADULTE DE LA DELEGATION	
NOM	PRENOM
	TEL PORTABLE
N° LICENCE FFVOLLEY	E-MAIL

Autorisation parentale joueur 1*		Autorisation parentale joueur 2*	
PARENT/TUTEUR JOUEUR(SE) 1		**PARENT/TUTEUR JOUEUR(SE) 2**	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
QUALITE (Mère, Père, Tuteur)		QUALITE (Mère, Père, Tuteur)	
TELEPHONE		TELEPHONE	
EMAIL		EMAIL	
après avoir pris connaissance des conditions de participation : - autorise l'enfant :		après avoir pris connaissance des conditions de participation : - autorise l'enfant :	
IDENTITE JOUEUR(SE) 1		**IDENTITE JOUEUR(SE) 2**	
NOM		NOM	
PRENOM		PRENOM	
DATE DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE	
à s'inscrire à la compétition « Beach Volleyades ». Sous réserve d'en être préalablement informés par les responsables du tournoi : - Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée sur mon enfant, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie. - les responsables à quitter l'établissement hospitalier ou la clinique avec mon enfant suite aux soins pratiqués Mention « lu et approuvé », date :……. SIGNATURE :……		à s'inscrire à la compétition « Beach Volleyades ». Sous réserve d'en être préalablement informés par les responsables du tournoi : - Autorise le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée sur mon enfant, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie. - les responsables à quitter l'établissement hospitalier ou la clinique avec mon enfant suite aux soins pratiqués Mention « lu et approuvé », date :……. SIGNATURE :……	